

ja m_hm

Patientenreaktionen auf prädiagnostische Mitteilungen

MARTA SCHÖFFLER und THOMAS SPRANZ-FOGASY

Abstract

This article focuses on the qualitative and quantitative analysis of patients' responses to different types of doctors' prediagnostic statements. Prediagnostic statements document the doctors' process of understanding in the ongoing interactive event and simultaneously move it to an intersubjective level – within the boundaries of communicability, for example, in the case of problematic symptom patterns. Four types of prediagnostic statements will be distinguished: the preliminary, unspecific diagnosis, the establishing of a (causal) link, information about the findings, and diagnoses of exclusion. On the basis of 29 doctor-patient-conversations, 150 patients' responses to prediagnostic statements are analyzed in their contextual organization. Although many patients' responses turn out to be affirmatively minimal, there are differences both in the elaborateness and regarding the reference type, depending on the statements' degree of certainty, the patients' self-diagnoses as well as on influences of the interaction type's asymmetrical properties. Both patients and doctors work together on establishing interactive and epistemic territories and pay attention to the maintenance of their self-images and their interaction relationship.

1. Einleitung

Ein zentrales Anliegen gesprächsanalytischer Untersuchungen zu Arzt-Patient-Gesprächen ist die Frage, wie sich die zweifellos vorhandene Asymmetrie der Beteiligten hinsichtlich Krankheitswissen und -erleben wie auch hinsichtlich interaktiver Handlungsmacht in gesprächstypspezifischen Handlungen ausdrückt. Neben Aktivitäten wie Therapieplanung und -verordnung, die erkennbar (qua Ausbildung) einsozialisiertes Wissen und (kraft Amtes) institutionalisierte Handlungsmacht voraussetzen, werden dazu auch eher alltagsnahe diskursive Handlungen wie Fragen und Antworten in ihrer spezifisch institutionellen Ausprägung in Arzt-

Patient-Gesprächen erforscht (z.B. Boyd/Heritage 2006, Lalouschek 2002, Spranz-Fogasy 2010). Ein viel erforschtes Feld ist auch die Diagnosestellung. Darin kulminieren ja die Erhebungsaktivitäten der Anamnese und weiteren Befundung.

Eine Diagnose ist jedoch in einem Arzt-Patient-Gespräch nur höchst selten eine singuläre Aktivität, vielmehr finden sich viele prädiagnostische Äußerungen des Arztes zu einzelnen diagnostischen Aspekten, und auch Patienten selbst äußern ihre eigenen Vorstellungen zur Diagnose. Alle diese Aktivitäten und ihre kontextuelle Einbettung offenbaren dabei eine hohe Sensitivität für die spezifische Interaktionssituation: Ärzte machen ihre diagnostischen Äußerungen erklärbar (*accountable*¹; Peräkylä 1998) und konstituieren u. a. damit ärztliche Autorität (Heath 1992, Peräkylä 1998, Maynard 2003), und Patienten deuten eigene Überlegungen zur Diagnose eher an, statt sie dezidiert zu vertreten (Beach 2001, Gill 1998, Pomerantz 2002) – die Diagnose (und ihre Vorläufer) gehört eben zum Bereich der epistemischen Autorität des Professionellen². Aber auch die Reaktionen der Gesprächspartner darauf zeigen an, wie die jeweiligen diagnostischen Äußerungen als Ausdruck eines spezifischen Rollenverständnisses angesehen werden.

Reaktionen auf Diagnosemitteilungen und Selbstdiagnosen sind in dieser Hinsicht schon weitgehend untersucht (Maynard 2003, Peräkylä 2002), Reaktionen der Patienten auf prädiagnostische Mitteilungen im Vorfeld der Diagnosemitteilung blieben bislang dagegen eher unbeachtet (siehe jedoch Stivers 1998, Heritage/Stivers 1999). Ihre Untersuchung ist aber ebenfalls bedeutsam, weil sie *im Fluss* der Erhebung vorkommen und nicht im Rahmen einer handlungslogisch eigenständigen Komponente des Arzt-Patient-Gesprächs. Prädiagnostische Mitteilungen und die Reaktionen darauf zeigen so den Erkenntnisprozess selbst und nicht nur dessen Ergebnis an und liefern wichtige Hinweise für die Verankerung der gewonnenen Erkenntnisse im – intersubjektiven – Verständnis der Gesprächspartner.

Wir werden im Folgenden zunächst kurz Modelle des Arzt-Patient-Gesprächs im Blick auf die Verortung der Diagnosestellung im Gesamtgespräch diskutieren und deren Vor- und Nachteile hinsichtlich der Untersuchung prädiagnostischer Mitteilungen (Abschnitt 2). Nach der Vorstellung der Daten und des übergreifenden Forschungszusammenhangs (Abschnitt 3) werden wir anhand eines Beispiels auf die Besonderheiten des Äußerungstyps der prädiagnostischen Mitteilungen eingehen (Abschnitt 4). In den folgenden qualitativen und quantitativen Analysen (Abschnitt 5) werden wir vier zentrale Typen prädiagnostischer Mitteilungen unterscheiden und anschließend die Reaktionen von Patienten auf solche Mitteilungen unter Bezug auf die verschiedenen Typen untersuchen. Die Ergebnisse unserer Analysen diskutieren wir abschließend im Kontext der Asymmetrie-Debatte (Abschnitt 6).

2. Modelle des Arzt-Patient-Gesprächs und (prä-)diagnostische Mitteilungen

Arbeiten aus dem angelsächsischen Sprachraum (inklusive der in dieser Hinsicht rührigen skandinavischen Länder) beziehen sich in ihren Untersuchungen zum Arzt-Patient-Gespräch fast ausschließlich auf das sequenzlogische Modell von Byrne und Long (1976). Darin wird die Diagnose als eigenständige Phase solcher Gespräche charakterisiert. Diese Annahme – Diagnose als ein *discrete event* (Stivers 1998) oder *distinct action* (Heath 1992) – ist in allen Publikationen vorherrschend, in denen Diagnose- oder auch prädiagnostische Mitteilungen untersucht werden (e.g. Heritage/Stivers 1999, Maynard 2003, Peräkylä 1998). Ähnlich gliedern auch die hierzulande bekannten und genutzten Modelle des Arzt-Patient-Gesprächs die Diagnose als separate Komponente aus, so z. B. als *Pragmem* in der Funktionalen Pragmatik (Meyer 2004, Ehlich/Rehbein 1986) oder als Handlungsschemakomponente im konstitutionstheoretischen Ansatz (Kallmeyer 2005, Nowak/Spranz-Fogasy 2009, Spranz-Fogasy 2010).

Alle genannten Modelle betonen eine Dreifach-Struktur des Arzt-Patient-Gesprächs mit Untersuchung, Diagnose und Therapie. Komplementär dazu werden auch drei zentrale Äußerungstypen genannt, mit denen Ärzte operieren: Fragen, Diagnosemitteilung und Therapieanweisung.

Diagnosen werden meist direkt nach der Beschwerdenexploration und der Untersuchung gestellt, ihr Ziel ist es, „eine für beide Seiten gemeinsame Definition des von der PatientIn vorgestellten und mit ihr ausgehandelten Beschwerdebildes zu finden und zu formulieren“ (Spranz-Fogasy, 2005: 22). Sie markieren so die Beendigung der Untersuchung und formen die Basis für das weitere Vorgehen (vgl. Heath, 1992). Maynard (2003) rekonstruiert eine *news delivery sequence*, die allerdings quer zur Modellierung der Diagnosemitteilung als eigener Handlungskomponente steht, insofern sie prädiagnostische Mitteilungen gemeinsam mit der Diagnosemitteilung in den dritten Schritt dieser Sequenz, die *elaboration of news*, integriert³.

Wir betrachten jedoch im Folgenden die Mitteilung einer abschließenden Diagnose getrennt von vorgelagerten Mitteilungen (einzelner) diagnostischer Aspekte, weil letztere im Prozess der Beschwerdenexploration interaktive Phänomene der Wissensprozessierung und der intersubjektiven Verständigung sichtbar machen.

Für unsere Fragestellung relevant ist also nicht so sehr die abstrahierende Zusammenschau objektiver und subjektiver Befunde in einer Diagnose, sondern die Überführung empirisch vorfindlicher Phänomene und sprachlicher Darstellungen in medizinisch relevante Kategorien (unterschiedlichen Abstraktionsgrades), denn genau das leisten prädiagnosti-

sche Mitteilungen. Im weitesten Sinne handelt es sich bei einer solchen Mitteilung also um eine „Vor-Entscheidung“ eine noch zu kategorisierende Krankheit betreffend, die im zeitlichen Ablauf vor der eigentlichen Kerndiagnose abgegeben wird. Häufig handelt es sich dabei nicht nur um eine einzige Mitteilung, sondern um mehrere, oft auch in Abständen aufeinander folgende Mitteilungen, die den Weg zu einer abschließenden Diagnose dokumentieren.

In Abgrenzung zur klassischen Diagnose unterscheiden sich prädiagnostische Mitteilungen in zwei wichtigen Merkmalen: Sie bilden keine eigene Handlungskomponente im ärztlichen Gespräch, und sie sind in vielen Fällen mit Unsicherheitsmarkern formuliert. Stivers (1998) untersucht prädiagnostische Mitteilungen zunächst im veterinärmedizinischen Zusammenhang. Sie zeigt, dass in diesen Gesprächen⁴ das *design* prädiagnostischer Mitteilungen (*prediagnostic commentaries*)⁵ für den Klienten eine Tendenz erkennen lässt, ob eine weitere Untersuchung kostenträchtig werden könnte und sie deshalb eine Art Prüfstein für die Bereitschaft des Klienten zur Kostenübernahme darstellen. Stivers zufolge beinhalten *prediagnostic commentaries*

„diagnostically relevant statements that describe what the physician is seeing or feeling, anticipate or speculate on diagnoses“
(Stivers, 1998: 241)

und sind demnach Kommentare *während* einer laufenden Untersuchung (Stivers, 1998: 247).

Heritage/Stivers (1999) analysieren dann auch *online commentaries* in Arzt-Patient-Gesprächen während der körperlichen Untersuchung und definieren sie als

„talk that describes or evaluates the signs which physicians are encountering during the physical examination“
(Heritage/Stivers, 1999: 1502).

Ärzte geben damit Informationen über den Ablauf, den Befund und voraussichtliche diagnostische Implikationen der andauernden Untersuchung (vgl. Heritage/Stivers, 1999: 1501). Unterschieden werden dabei Kommentare, die *erklären*, was der Arzt gerade untersucht und wie dabei vorgegangen wird, von solchen, in denen er mitteilt, was er sieht, hört und fühlt. *Prediagnostic commentaries* benennen also Aspekte möglicher Diagnosen, die an einem beliebigen Punkt vor der endgültigen Diagnosemitteilung geäußert werden (Heritage/Stivers 1999: 1503). Da *online commentaries* während einer Untersuchung abgegeben werden, sind sie selten unmittelbar an den Patienten gerichtet und werden daher auch selten direkt von ihm bestätigt (vgl. Heritage/Stivers 1999).

Auch Peräkylä (1998) sieht prädiagnostische Mitteilungen als Diagnosemitteilungen an, wenn er *straight factual assertion* von *evidence formulating pattern* unterscheidet. Allerdings sind viele seiner Beispiele faktisch prädiagnostische Mitteilungen wie bspw. Befundmitteilungen („no bacterial infections seems to be there“) oder Ausschlussdiagnosen („no real circulation problem is involved“).

In die vorliegende Untersuchung beziehen wir alle prädiagnostischen Äußerungen ein, die vor der eigentlichen Diagnosemitteilung erfolgen. Nach der Vorstellung des Datenkorpus und des umfassenderen Projektzusammenhangs werden wir zunächst an einem Beispiel kurz verdeutlichen, was prädiagnostische Mitteilungen sind und wie sich eine Diagnose entlang prädiagnostischer Mitteilungen entwickeln kann.

3. Daten und Kontext der Untersuchung

Das Korpus unserer Untersuchung besteht aus 29 audioteknisch aufgezeichneten Gesprächen, wobei 15 in zwei psychosomatischen Praxen und 14 in zwei biomedizinischen Praxen aufgenommen wurden. Die Gesamtlänge der Aufnahmen beläuft sich auf 4 h 55 min mit einer durchschnittlichen Dauer von 10 min 20 sec in einem Spektrum von 1 min 13 sec bis zu 35 min. Videomitschnitte liegen nicht vor, sodass nur verbale Patientenreaktionen einbezogen werden können. Der Vollständigkeit halber haben wir *mögliche* nonverbale Reaktionen mit „keine Reaktion“ gekennzeichnet.

Die Untersuchung steht im Zusammenhang eines umfassenden Forschungsprojekts zu „Verstehen in der verbalen Interaktion“, das am Institut für Deutsche Sprache durchgeführt wird und Verstehen in verschiedenen professionellen Handlungsfeldern untersucht⁶. Analysiert wird, wie im Gespräch Verstehen dokumentiert wird, wie Gesprächspartner damit umgehen und welche Folgen Verstehen bzw. Nichtverstehen für die Interaktion haben.

4. Fallanalyse

Im folgenden Beispielfall⁷ berichtet die Patientin von ihren Beschwerden an einem immer wieder anschwellenden und schmerzhaften Finger. Die Ärztin fragt zunächst, ob die Patientin einen Unfall hatte, was diese verneint. Die Ärztin kommentiert dies mit *nich erinnernlich* (Z. 13) und verdeutlicht damit, dass sie dennoch eine äußere Einwirkung vermutet. Sie untersucht den Finger und entdeckt eine kleine Verletzung, die nach den Worten der Patientin von einer Katze stammt. Die Patientin scheint jedoch keinen Zusammenhang zu ihren Beschwerden darin zu sehen.

Im Modus lauten Denkens indiziert die Ärztin dann aber genau diesen Zusammenhang:

#1_AA_BI_03 (00:39–01:39)

24 A: ja aber hoffentlich hängt das nicht damit zusammen nich

Unmittelbar anschließend verfolgt die Ärztin ihre Vermutung, erfragt den genauen Hergang des Geschehens und schlussfolgert schließlich:

34 A: das is wohl der grund

Nach einigen weiteren Klärungen setzt sie dann zu einer Erklärung an:

46 A: (3.9) katzen haben manchmal (0.3) allerhand dreck unter den

47 P: ja (0.3) [ja] [hmhm]

48 A: [fin]gern nich [unter den] krallen

49 P: ja

50 A: nich wahr

51 da kann schon mal was passiern

Nachdem die Patientin eine mögliche Diagnose *tollwut* zurückweist, unterstützt die Ärztin sie mit einer Ausschlussdiagnose:

58 A: [ja das das glaub ich auch nich]

59 P: [und]

60 A: das hat mit tollwut nix zu tun

und gibt schließlich ihre abschließende diagnostische Einschätzung:

62 A: das is ein ein sicher ein weichteilinfekt⁸

63 P: hmhm

64 A: den se da haben

Alle hier zitierten Äußerungen der Ärztin vor der schlussendlichen Diagnosestellung werden von uns als prädiagnostische Mitteilungen betrachtet. Sie zeigen, wie die Ärztin von anfänglichen Vermutungen über die Befürchtung eines Zusammenhangs, einer Kausalitätsannahme, deren Erklärung und der dezidierten Formulierung einer Ausschlussdiagnose schließlich zu ihrer Diagnose kommt. Prädiagnostische Mitteilungen takteten dabei den Weg ihres Erkenntnisgewinns und zeigen der Patientin, wenn auch teilweise im Modus lauten Denkens, den jeweiligen Stand der ärztlichen Diagnostik an⁹.

Prädiagnostische Mitteilungen wie die hier dargestellten zeichnen sich durch einige gemeinsame Eigenschaften aus, die hier nur kurz genannt werden können¹⁰. In linguistischer Hinsicht stellen prädiagnostische Mitteilungen Äußerungen im Deklarativmodus dar. Der jeweilige epistemische Gewissheitsstatus wird dabei durch Modalisierung u. a. qua Modalverben, Modalpartikeln und pragmatische Funktionen angezeigt. Interaktiv auffällig ist, dass prädiagnostische Mitteilungen in der Regel selbstinitiiert sind und nur in seltensten Fällen (in unserem Korpus zwei) durch Fragen des Patienten relevant gemacht werden¹¹. Auffällig ist auch, dass prädiagnostische Mitteilungen keine Anschluss Erwartung für den Patienten aufbauen, sondern Ärzten vielfach als Abschlusspunkt eines Explorationsteils und anschließend als Ausgangspunkt thematisch neuer Aktivitäten dienen. Damit berücksichtigen sie die interaktiven Präferenzen für Progressivität (vgl. dazu Schegloff 1979, Goodwin/Goodwin 1986, Stivers/Robinson 2006, Heritage 2007, und Deppermann 2008).

Im Verlauf einer Beschwerdenexploration finden sich prädiagnostische Mitteilungen immer häufiger, wobei sich psychosomatisch ausgebildete Ärzte anfangs oft lange zurückhalten. Biomedizinisch orientierte Ärzte beginnen dagegen häufig mit ersten Einschätzungen, sie versuchen, schnell Ansatzpunkte zur Diagnosefindung zu entdecken. Gesprächslokal lassen sich Vorabinformationen (z. B. über Laborbefunde), unmittelbare Reaktionen auf Darstellungen der Patienten, online-Kommentare während der körperlichen Untersuchung, Ergebnisse einer Fragebatterie¹² oder auch Zusammenfassungen längerer Interaktionsstrecken differenzieren. Häufig werden auch mehrere prädiagnostische Mitteilungen hintereinander geschaltet, wie im Beispielfall bei den beiden letzten Ausschnitten vor der Diagnosestellung.

5. Qualitative und quantitative Analysen

Insgesamt fanden sich in den 29 Gesprächen des zugrunde liegenden Korpus 150 prädiagnostische Mitteilungen. Befunde stellen dabei mit 51,3 % ($n = 77$) die häufigste Art prädiagnostischer Mitteilungen dar. Vorläufige Diagnosen kommen zu 19,3 % ($n = 29$) und die Herstellung von (Ursachen-)Zusammenhängen zu 12 % ($n = 18$) vor. Sichere und unsichere Ausschlussdiagnosen ($n = 26$) sind zu gleichen Teilen vertreten mit 8,7 %.

5.1 Typen prädiagnostischer Mitteilungen

Prädiagnostische Mitteilungen lassen sich hinsichtlich verschiedener Dimensionen differenzieren, bspw. nach ihren pragmatischen Funktionen wie Bewertung, Erläuterung oder Feststellung oder auch nach ihrem Ge-

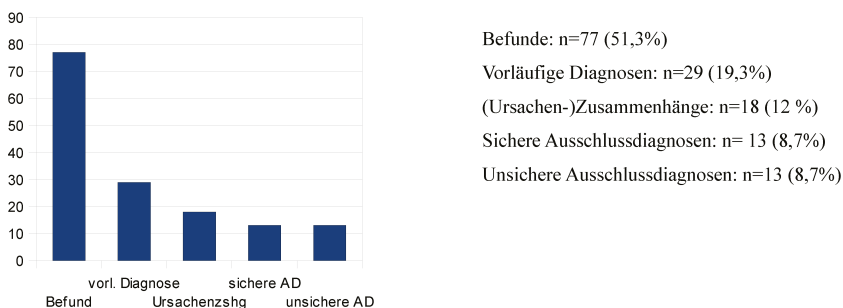


Abbildung 1. *Häufigkeiten von prädiagnostischen Mitteilungen.*

wissheitsstatus. Unter medizinischen Gesichtspunkten ist von Bedeutung, welchen diagnostischen Aspekt sie ansprechen. Hier unterscheiden wir auf der Basis unseres Korpus vier Typen:

- (1) *Vorläufige, unspezifische Diagnosen* indizieren den mangelnden Gewissheitsstatus durch Formulierungseigenschaften wie die Verwendung von Modalverben, Modalpartikeln oder Konjunktiv (Beispiel: *man könnte annehmen dass es irgendeine physische erschöpfung einfach wäre*).
- (2) Die *Herstellung eines (Ursachen-)Zusammenhangs* erfolgt mit Hilfe von Relational- oder Kausalausdrücken. Im o. a. Beispielfall werden gleich zwei solcher prädiagnostischen Mitteilungen geäußert, die zunehmende Gewissheit hinsichtlich des Zusammenhangs von Ereignis und Beschwerden anzeigen (*ja aber hoffentlich hängt das nicht damit zusammen nich und das is wohl der grund*).
- (3) *Befundmitteilungen* können positive oder negative Aussagen des Arztes sein, die während der körperlichen Untersuchung geäußert werden oder auch schon vorab z. B. als Mitteilung von apparativ oder labortechnisch erhobenen Befunden, wie bspw. Blutdruck oder Blutwerte.
- (4) *Ausschlussdiagnosen* lassen sich in zwei Formen finden, als (a) sicherer Ausschluss auf der Basis eines technisch ermittelten Beweises anhand von Laborergebnissen von Urin-, Blut-, Stuhl- oder Gewebeproben (*der urin is in ordnung also keine entzündung*), oder als (b) unsicherer Ausschluss, bei dem vermehrt Mitigatoren eingesetzt werden, um die Unsicherheit deutlich zu machen (*ich glaub nich dass es was sexuell übertragbares is (.) glaub ich nich*).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass prädiagnostische Mitteilungen häufig einen Unsicherheitsfaktor in Bezug auf eine definitive Diagnosefeststellung enthalten. Besonders deutlich kann dies bei den unsicheren Ausschlussdiagnosen sowie den vorläufigen, unspezifischen Diagnosen beobachtet werden. Beweisgeführte Ausschlussdiagnosen bilden den sichersten Teil prädiagnostischer Mitteilungen, da durch das Vorweisen von Testergebnissen Krankheiten definitiv ausgeschlossen werden können. Positive Befunde erlauben vielfach den Schluss auf eine Diagnose oder eben deren Ausschluss, während negative Befunde ebenfalls einen Ausschluss ermöglichen, aber auch Ausgangspunkt für eine neue Suchrichtung sind. Die Herstellung eines (Ursachen-)Zusammenhangs ist dagegen immer an das Zusammenspiel mit anderen Faktoren, wie Symptombeschreibungen oder Befunden gebunden, um als prädiagnostische Mitteilung fungieren zu können.

In den folgenden Analysen werden wir anhand von Gesprächsausschnitten die für die verschiedenen Typen prädiagnostischer Mitteilungen spezifischen Patientenreaktionen untersuchen. Dazu soll eine Grafik jeweils zu Beginn Häufigkeiten und die Verteilung der Reaktionen auf die prädiagnostischen Mitteilungen veranschaulichen.

Die Reaktionen der Patienten auf die verschiedenen Typen prädiagnostischer Mitteilungen sind recht unterschiedlich. Reaktionstypen auf prädiagnostische Mitteilungen sind Minimalreaktionen wie ‚hm‘ und ‚ja‘, postdiagnostische Eigendiagnosen, Ablehnung, Frage, ausgedehnte Antworten, erweiterte Ausführungen sowie Erklärungen mit anschließender Rechtfertigung. Nachstehende Grafik verdeutlicht die Verteilung der Patientenreaktionen auf das gesamte Korpus:

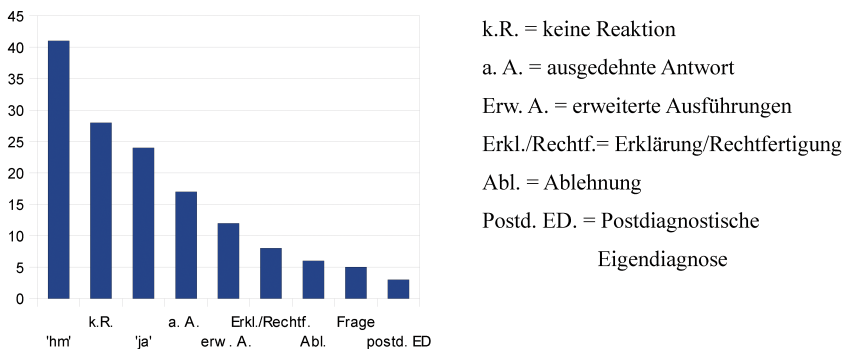


Abbildung 2. Verteilung der Patientenreaktionen.

5.2 Vorläufige, unspezifische Diagnosen

Vorläufige, unspezifische Diagnosen kommen in unserem Korpus in 17 Aufnahmen vor und werden insgesamt 29 Mal geäußert. Die häufigste Patientenreaktion auf vorläufige, unspezifische Diagnosen in diesem Korpus waren Minimalreaktionen wie ‚ja‘ und bestätigendes ‚m_hm‘ sowie weitere, kurze Äußerungen.

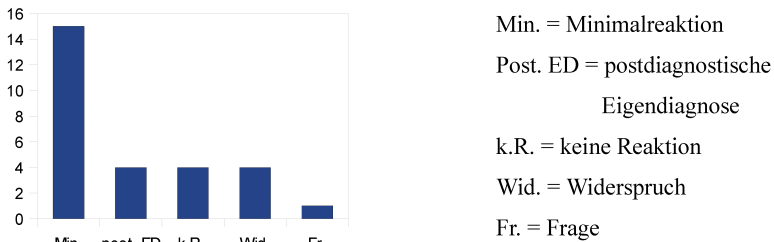


Abbildung 3. Patientenreaktionen auf vorläufige Diagnosen.

Auffällig und als Reaktionstyp nur nach dieser Art von Mitteilung vorkommend ist die postdiagnostische Eigendiagnose. Als postdiagnostische Eigendiagnose bezeichnen wir Antworten von Patienten, die eine vollständige Übereinstimmung mit dem Arzt anzeigen, vorwiegend gebildet mit der Floskel: „Ja, das habe ich auch schon gedacht“. Peräkylä (2002: 226) bezeichnet diese Art von Reaktion als *straight agreement*, u. E. ist diese Zustimmung jedoch aussagekräftiger, da sie impliziert, dass der Patient sich schon selbst über ein mögliches Krankheitsbild Gedanken gemacht hat und daher nicht nur dem Arzt, sondern auch sich selbst zustimmt. Postdiagnostische Eigendiagnosen werden auch dann geäußert, wenn sie einen Widerspruch aufweisen. So sagt die Patientin eingangs des folgenden Gesprächs zunächst:

#2 AA_13 (00:19–00:21 und 04:49–04:55)

08 P: ich kann au net definieren was es is gell (.) ich hab also
09 furchtbare magenschmerzen

äußert aber später, nach einer ärztlichen prädiagnostischen Mitteilung

207 A: also ich glaub schon dass das ne ganz schöne (--)
208 magenschleimhautent[zündung is ne (...)]
209 P: [hm des hab i mir auch gedacht]
210 A: [(...) ne]

und begründet dies mit früheren Erfahrungen.

211 P: [weil ich des schon öfters] ghabt hab ne

Die eingangs und nach der Untersuchung produzierten Aussagen der Patientin stimmen nicht überein, sie widersprechen sich sogar. Das Muster, das sich hieraus ergibt, ist paradox: Was vor der Untersuchung als komplett unbekannt formuliert wurde, wird nach der Untersuchung als etwas bereits Bekanntes dargestellt und zusätzlich wird noch eine Erklärung für die postdiagnostische Eigendiagnose geliefert.

Gründe dafür dürften in der Pflicht des Patienten liegen, *doctorable* zu sein:¹⁴ Die Diagnose eigenständig zu stellen, würde bedeuten, den Arzt in seiner Expertise zu untergraben und das Arzt-Patient-Verhältnis zu problematisieren, und zudem die Gründe für einen Arztbesuch zu unterminieren – beides Elemente einer potenziellen Imagegefährdung¹⁵.

Der Reaktionstyp „postdiagnostische Eigendiagnose“, meist als stark konforme Übereinstimmung formuliert, ist relativ häufig. Der Patient kann dafür im Vorfeld eine Eigendiagnose produziert haben oder auch nicht. Oft widersprachen sich die Patienten, indem sie zu Beginn entweder eine abweichende Eigendiagnose stellten oder betonten, keinen Indikator für ihre Leiden zu kennen. Reaktionen auf vorläufige Diagnosen hier im Überblick:

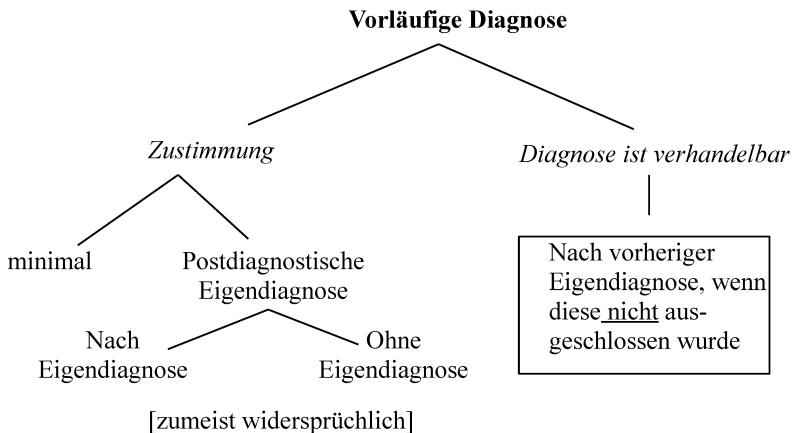


Schaubild 1. *Vorläufige Diagnosen.*

5.3 Ursachenzusammenhänge

Ursachenzusammenhänge werden in unserem Korpus 18 Mal in zehn verschiedenen Gesprächen formuliert. Patientenreaktionen darauf sind sehr unterschiedlich, da Ursachenzusammenhänge meist während der Anamnese geäußert werden und durch formulatorische Eigenschaften zur Reaktion auffordern. Deshalb gibt es eine leichte Tendenz hin zu

ausgedehnten Antworten: In der Hälfte der Fälle nutzt der Patient den Hinweis auf einen Zusammenhang, um sich und dem Arzt seine Beschwerden herzuleiten (meist eingeleitet durch subjektivierende Kurzformeln wie „ich denk“ oder „ich glaub“). Diese Art von weiterführender, patientenseitiger Zusammenhangsherstellung kommt allerdings nur bei Gesprächen mit psychosomatisch orientierten Ärzten vor, da die Ursachenvermutungen stets um Themen wie das soziale Umfeld und Gefühle etc. kreisen. Hier die Verteilung der Patientenreaktionen:

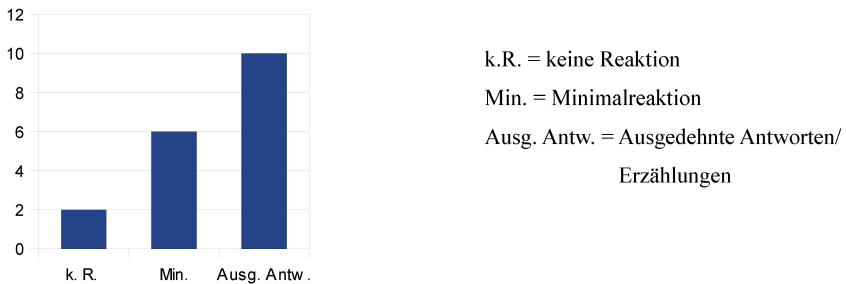


Abbildung 4. *Patientenreaktionen auf Ursachenzusammenhänge.*

Im folgenden Gesprächsausschnitt stellt der Arzt die vorläufige Diagnose „Magenschleimhautentzündung“, die sich allerdings durch Stress verschlimmert zu haben scheint.

#3_AA_04 (04:48–05:06)

- 168 A: also im grunde kannst du so [beim norma]len (0.3) äh
 169 P: [((räuspert sich))]
 170 A: ruhigen leben kannst du ganz gut °h ((Lachansatz))
 171 [aus]kommen mit deinem ma[gen aber] in dem moment
 172 P: [ja] [aha]
 173 A: wo ne stressbedingung dazu kommt
 174 A: dann fängt er an [sich] zu melden [m_hm]
 175 P: [m_hm] °h [und e]s
 176 P: (0.3) liegt glaub ich nicht zuletzt daran dass ich
 177 (0.4) ich hatte drei wochen vorher urlaub (0.2)
 178 es war halt (.) blöd dass ich gleich
 179 im anschluss dran (.) [krank worre bin]
 180 A: [m_hm m_hm]

Der Arzt weist hier darauf hin, dass der Magen des Patienten beim *normalen [...]* ruhigen leben (Z. 168/170) problemlos zu funktionieren scheint, jedoch, sobald eine *stressbedingung dazu kommt* (Z. 173 f.), eben-

falls in Stress gerät und sich dadurch die bereits vorhandene Magen-schleimhautentzündung verschlimmert. Der Patient reagiert auf die Ausführungen des Arztes zuerst nur minimal (*ja [...] aha, [...] m_hm*), um daraufhin den Zusammenhang weiter auszuführen und neue Komponenten zur Falllösung beizutragen. Dabei knüpft er mit der Konjunktion *und* (Z. 175) an die Worte des Arztes an und leitet zu einer eigenen Zusammenhangsherstellung mit der subjektivierenden Kurzformel *glaube ich* (Z.176) über. Er beginnt mit einer Begründung, die er jedoch abbricht und einen Aussagesatz anschließt. Der Patient glaubt, dass es *nicht zuletzt* (Z.176) an der Tatsache liege, dass er drei Wochen vorher Urlaub hatte und im Anschluss gleich krank geworden ist.

Reaktionen auf die Herstellung von (Ursachen-)zusammenhängen im Überblick:

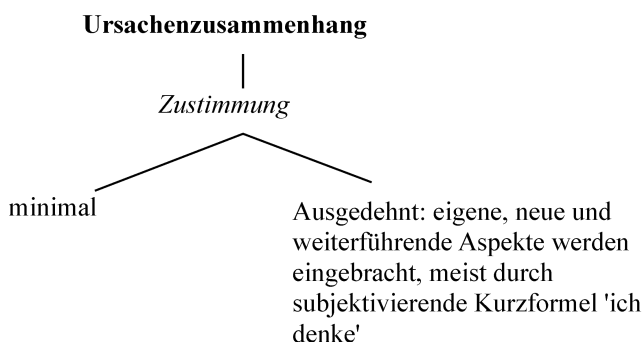


Schaubild 2. *Ursachenzusammenhang.*

5.4 Befunde

Befunde werden von allen prädiagnostischen Äußerungen am häufigsten mitgeteilt (77 in 25 Gesprächen). Sie lassen sich in drei verschiedene Typen unterteilen: beweisgeführte Befunde, Untersuchungsbefunde sowie Bewertungen von Befunden.

5.4.1 Beweisgeführte Befunde

Beweisgeführte Befunde sind Resultate, die durch Testergebnisse gewonnen werden (21 in 15 Gesprächen). Beispiele hierfür sind Urin-, Stuhl-, Gewebe- oder Blutproben, sowie Blutdruck- oder Temperaturmessungen. Erwiesene Befunde werden von den Patienten zumeist minimal ratifiziert oder es wird nicht (bzw. nonverbal) reagiert.



Abbildung 5. Absolute Verteilung der Befunde.

#4_UR_11 (00:00–00:30)

- 15 A: (erstmal/muss ma) (.) erklären was ma (.) sieht
 16 °h also der urin is schon (.) jetz inzwischen
 17 wieder in ordnung mikroskopisch
 18 des [heißt is]
 19 P: [(ja)]
 20 A: sicherlich en harnwegsinfekt
 21 P: (.) m[_hm]
 22 A: [der] war jetzt (.) gewesen

Der Arzt bewertet hier den Urinbefund als *wieder in ordnung* (Z. 17) und verweist auf das Beweismittel *mikroskopisch* (Z. 17), nach der Satzklammer, wohl, um den Befund zu präzisieren. Er liefert daraufhin mit dem Reformulierungsindikator *des heißt* (Z. 18) eine ex post Diagnose, an die einmal mit *ja* (Z. 19) und einmal mit der reduplizierten Interjektion *m_hm* (Z. 21) an die Vorgängeräußerung zustimmend angeschlossen wird.

Beweisgeführte Befunde fordern den Patienten nicht auf, die Testergebnisse zu kommentieren oder zu diskutieren. Diese gelten demnach als akzeptiert und werden auch so behandelt.

5.4.2 Untersuchungsbefunde

Untersuchungsbefunde sind Befunde, die während der körperlichen Untersuchung vom Arzt verbalisiert werden, sichtbar, fühlbar und/oder hörbar sind und dem Patienten mitgeteilt werden (24 – in 14 Gesprächen). Diese Untersuchungsbefunde sind vielen *online commentaries* vergleichbar (Heritage/Stivers 1999).

Patientenreaktionen auf diese Art von Befunden werden entweder minimal gehalten oder kommentieren nur knapp die Äußerungen des Arztes. Zu Beginn des folgenden Ausschnitts untersucht der Arzt einen Patienten, der über häufiges Wasserlassen klagt, und berichtet währenddessen, was er beobachtet:

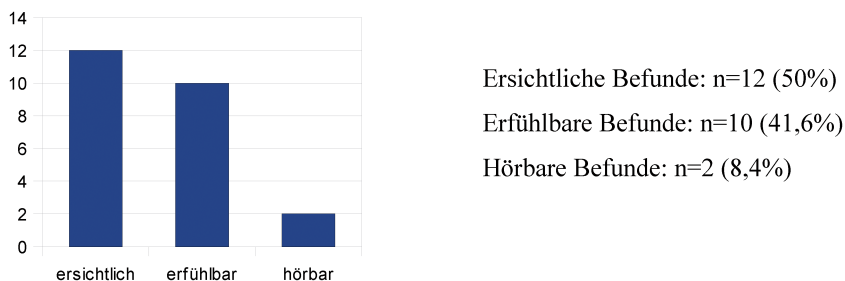


Abbildung 6. Verteilung der Untersuchungsbefunde.

#5_UR_02 (06:13–06:28)

- 264 A: stuhlprobleme ham_se auch wie_s aussieht
 265 (0.31)
 266 P: (nun) ja
 267 (4.8)
 267 A: gut (1.05)
 269 zum after hin is_se gar net arg vergrößert die prostata
 270 P: bitte
 271 A: zum after hin is_se gar net arg vergrößert]
 272 P: [nein nei]n
 273 P: das hab ich ja [auch nich] gewusst
 274 A: [ja]

Der Arzt tastet die Prostata des Patienten ab und teilt diesem die offensichtlichen (*wie_s aussieht*, Z. 264) *stuhlprobleme* (Z. 264) mit. Die Reaktion des Patienten ist lediglich minimal (*(nun) ja*) (Z. 266) und wirkt hier ausweichend und entschuldigend, wohl aufgrund der für den Patienten beschämenden Situation. Nach weiterer Untersuchung teilt der Arzt dann den erfüllten Befund mit, dass die Prostata *net arg vergrößert* (Z. 271) sei. Der Patient kommentiert dies knapp, indem er den Arzt informiert, dass dieser Befund neu für ihn ist (Z. 273).

Untersuchungsbefunde werden zwar durch Patienten wahrgenommen, jedoch selten ausführlich kommentiert oder in Frage gestellt. Heritage/Stivers (1999) zeigen, dass sich Patienten von Kommentaren des Arztes während der körperlichen Untersuchung nicht angesprochen fühlen. Minimalreaktionen wie *ja* oder *m_hm* fungieren als reine Hörsignale. Ein Grund dafür dürfte sein, dass Patienten oft weder physisch noch kognitiv in der Lage sind, das zu hören, zu fühlen oder zu sehen, was der Arzt wahrnimmt. Auch diese Art von Befunden kann als Beweis behandelt werden, den der Arzt parallel zur Untersuchung mitteilt und den die Patienten als gegeben hinnehmen.

Gelegentlich erfolgen auf Mitteilungen von Untersuchungsbefunden aber auch Rechtfertigungen von Patienten. Im folgenden Fall beschreibt die Patientin temporär auftauchende Beschwerden (Heiserkeit), die für den Arzt jedoch nicht wahrnehmbar sind. Der Gesprächsausschnitt setzt ein, nachdem die Patientin ihre Beschwerden im Hals geschildert hat.

#6/1_IA_03 (00:42–00:54)

- 35 A: hören tut man [eigentlich] nicht
 36 P: [besser]
 37 A: viel ne
 38 P: <<all>nee es is nur so manchmal> kommt_s so dann
 39 (.) also merk ich_s
 40 (0.6) dann wird_s (ja auch/wieder) besser
 41 (also/und) °h
 42 [wobei] ich ja sagen muss
 43 A: [m_hm]
 44 P: ich hab gleich angst wenn so was dann hab ne
 45 (wenn/weil)
 46 A: wovor ham_se denn an[gst]
 47 P: [dass da] irgendwas wieder sein
 48 [könnte (ich weiß es nicht)]
 49 A: [was schlimmes]
 50 P: (.) ja

Nachdem die Patientin von ihrer Heiserkeit berichtet hat, fasst der Arzt seine Beobachtungen zusammen und erklärt, dass *man eigentlich nicht viel* (Z. 35) von den beschriebenen Symptomen hört. Schon während dieser Aussage bestätigt die Patientin simultan, dass es *besser* (Z. 36) geworden sei, was impliziert, dass sie zum Zeitpunkt des Arztbesuches keine akuten Beschwerden hat. Sie erklärt dann in schneller werdendem Sprechtempo, dass die Beschwerden *nur so manchmal* (Z. 38) auftreten. Der Turn der Patientin (Z. 38–42) erinnert an eine Verteidigung, da er in schnellerem Sprechtempo, mit Satzabbrüchen und in stockender Rede formuliert wird. Wortwiederholungen in Form von Vagheitsausdrücken (so, Z. 38/44), Reformulierungspartikel (*also*, Z. 39/41) oder die Wiederholung der Partikel *ja* (Z. 40/42) und elliptische Rede zeigen an, dass sie sich der Problematik bewusst ist, trotz aktueller Beschwerdefreiheit einen Arzt aufzusuchen. Ihre Rechtfertigung dafür, einen Arzt aufzusuchen, führt sie fort, als der Arzt nicht auf ihre Ausführungen reagiert. Mit *wobei ich ja sagen muss* (Z. 42), kündigt sie eine erneute und ausgedehntere Erklärung an, worin sie ihre aktuelle Befindlichkeitsstörung in ein umfassenderes Krankheits- und Erlebensgeschehen einbettet.

Im zweiten Ausschnitt aus diesem Gespräch bringt die Patientin, nachdem ihre Rechtfertigung für ihr Erscheinen vom Arzt nicht weiter kommentiert wurde, eine weitere Beschwerdenschilderung vor:

#6/2_IA_03 (01:56–02:0)

- 107 P: dann hab ich ja hier auch noch n_n (0.3)
 108 A: schilddrüse
 109 P: schilddrüse un nehm ja auch noch tabletten (0.6)
 110 [und]
 111 A: [überhaupt] nich vergrößert
 112 P: also es tu (.) aber immer hier weh so
 113 is das normal (.) wenn ich hier so drücke
 114 dass es immer weh tut hier (0.7)
 115 A: un warum drücken se_da

Diese neue Beschwerdenschilderung begründet erneut die Bedeutung des Arztbesuches im Sinne der *doctorability*. Die Patientin verdeutlicht zudem die Schwere ihrer Erkrankung, indem sie mitteilt, deswegen *ja auch noch tabletten* (Z. 109) einzunehmen. Der Arzt stellt jedoch fest, dass die Schilddrüse *überhaupt nich vergrößert* (Z. 111) sei. Daraufhin rechtfertigt sich die Patientin mit Verweis auf Schmerzen, insbesondere bei Druckausübung. Sie verlässt an dieser Stelle die Ebene des auktorialen Patienten und wendet sich mit ihrer Frage direkt an den Experten. Sie wahrt damit das Rollenverhältnis zwischen Arzt und Patient, indem sie ihre eigenen Beobachtungen zurückstellt und die Expertise des Arztes fordert. Nach einer kurzen Pause wird die Patientin erneut enttäuscht und bekommt als Antwort lediglich eine Gegenfrage (Z. 115).

Die *doctorability* der Patientin wird in diesem Gespräch vom Arzt mehrfach problematisiert und die Patientin gerät in Erklärungsnot. Während der Arzt im ersten Gesprächsausschnitt seinen Einwand mit Unsicherheitsmarkern versieht (*man, eigentlich, nich viel*), verwendet er im späteren Fall eine Extremformulierung (*überhaupt*)¹⁷, um seinem Befund deutlichen Nachdruck zu verleihen. Dies nimmt die Patientin sofort wahr und bittet um den Rat des Arztes.

5.4.3 Bewertungen

Zu bewerteten Befunden zählen all diejenigen Aussagen des Arztes, die nach erwiesenem Befund die subjektive Meinung des Arztes widerspiegeln. Ein Befund kann entweder als gut oder schlecht deklariert, oder mit dem Adverb ‚zu‘¹⁸ (zu hoch/zuniedrig) bewertet werden. Im Korpus fanden sich insgesamt 32 Bewertungen von Befunden (in 18 Gesprä-

chen), 26 davon wurden positiv, sechs negativ formuliert. Nachstehende Grafik zeigt die Verteilung der positiven und negativen Bewertungen, sowie die Patientenreaktionen darauf:

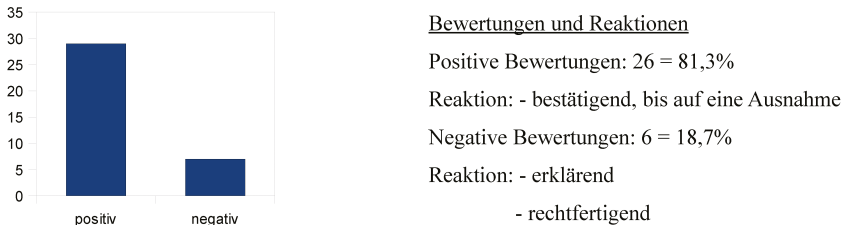


Abbildung 7. *Bewertungen und Reaktionen.*

5.4.3.1 Positive Bewertungen

Positive Bewertungen werden verbal durch Adjektive wie ‚gut‘, oder Aussagen wie ‚sehr schön‘ oder ‚in Ordnung‘ und ähnlichen Mitteilungen geäußert. Patientenreaktionen auf positive Befunde sind zumeist minimal ratifizierend, sie gelten somit als angenommen und nicht weiter verhandelbar. Anders nur im folgenden Gesprächsausschnitt, der mit der Angabe des Blutdrucks einsetzt:

#7_IA_02 (01:28–01:35)

- 58 A: hundertfünfzig zu fünunachzig (.) sehr schön
 59 P: (besser wieder) (.) hm
 60 (0.4)
 61 A: [mjoa] nich nur besser der is richtig gut jetzt
 62 P: [m_hm]

Der Arzt liest das Ergebnis laut ab und teilt seine *qua sehr* (Z. 58) verstärkte positive Bewertung mit. Die relativierende Bewertung des Patienten *besser wieder* (Z. 59) reformuliert der Arzt, stuft seine eigene Bewertung noch einmal hoch und bewertet den Befund als *richtig gut jetzt* (Z. 61), was der Patient dann auch mit *m_hm* (Z. 62) zustimmend annimmt.

5.4.3.2 Negative Bewertungen

Ganz anders verhält es sich mit negativen Bewertungen. Sie sind in diesem Korpus zwar nur sieben Mal vertreten, trotzdem fällt auf, dass Pa-

tienten bei negativen Bewertungen das Bedürfnis haben, eine Erklärung für den schlechten Wert liefern zu müssen. Dies mündet nicht selten in erklärende oder begründende Rechtfertigungen.

5.4.3.2 a) erklärende Ausführungen

Die Patientin klagte über übel riechenden Ausfluss und Ohrensausen, der Arzt untersucht das Ohr daraufhin. Vor diesem Hintergrund beginnt der folgende Ausschnitt:

#8_AA_07 (12:19–12:32)

- 635 A: mhh (.) also das trommelfell sieht nicht ganz
 636 in ordnung aus (.) zumindestens vernarbt ist das trommel-
 fell (.)
 637 is eventuell n_loch drin (.) aber das kann
 638 ich nicht genau beurteilen
 639 P: ich weiß des (sin/is in) beide ich hab mal mit sechzehn
 [jahren]
 640 A: [ja]
 641 P: sowas (ein[ge]setzt) gekriegt
 642 A: [ja]

Der Arzt gibt zunächst die negativ formulierte Befundbewertung ab, dass das Ohr *nicht ganz in ordnung* (Z. 635 f.) aussieht. Diese negative Bewertung wird gleich darauf damit begründet, dass er ein vernarbtcs Trommelfell sieht, wo *eventuell n_loch drin* (Z. 637) sein könnte. Er greift dann die mit *eventuell* markierte Unsicherheit mit *nicht genau beurteilen* (Z. 638) nochmal auf. Die Patientin bestätigt diesen Verdacht des Arztes und führt weiter aus, dass sie *mal mit sechzehn jahren sowas eingesetzt gekriegt* (Z. 639 f.) habe.

Solche Ausführungen dienen beiden Seiten: Durch das erklärende Eingreifen und geäußerte Wissen der Patientin muss der Arzt nicht weiter über den Beschwerdensachverhalt spekulieren. Reaktionen auf negativ geäußerte Bewertungen können so Hilfestellung seitens der Patienten darstellen, die erklärend Ausführungen anbieten, um den Arzt von weiterer Befundung zu entlasten.

5.4.3.2 b) Begründungen

Negative Bewertungen des Arztes können bei Patienten auch Begründungen und Rechtfertigungen hervorrufen. Der nächste Ausschnitt zeigt eine Begründung für einen etwas zu hohen Blutdruck:

#9_AA_12 (05:20–05:22)

- 213 A: kleinichkeit zu hoch
 214 (--)
 215 P: ja ich hab viel ärger ghabt heut morgen

Der Arzt bewertet hier, ohne das Ergebnis selbst vorzulesen, den Blutdruck als *kleinichkeit zu hoch* (Z. 213). Die Patientin reagiert darauf mit der Begründung, am Morgen *viel ärger* (Z. 215) gehabt zu haben. Sie dokumentiert mit ihrer Begründung einerseits, dass sie die negative Bewertung verstanden hat, andererseits teilt sie dem Arzt implizit mit, dass ihr Blutdruck im Allgemeinen in Ordnung sei.

Der nächste Ausschnitt zeigt Erklärungsversuche und Rechtfertigungen der Patientin, die ihre Blutdruck senkenden Medikamente wegen einer Erkältung eigenständig abgesetzt hat. Das Transkript setzt ein, nachdem der Arzt aus seinen Unterlagen die Blutdruckwerte zur Kenntnis genommen hat:

#10/1_IA_01 (00:40–00:48)

- 31 A: ihr blutdruck is auch ziemlich hoch [wieder] ne °h
 32 P: [ja]
 33 (0.3) ob das nun is ich hab gestern abend mal_n
 34 bisschen rum getrunken öh_en grog ob das davon is
 35 dass er so gestiegen is so schnell

Der Arzt beginnt mit einer faktizistischen Aussage, die durch die Intensitätspartikel *ziemlich*, das negativ konnotierte (weil auf den Blutdruck bezogene) Adjektiv *hoch* (Z. 31) und einen Wiederholungsfall anzeigende Adverb *wieder* (Z. 31) modifiziert wird und fordert qua Rückversicherungspartikel *ne* (Z. 31) am Ende seiner Aussage eine Antwort von der Patientin. Die Patientin erklärt sich und dem Arzt die hohen Werte mit einem *grog* (Z. 34), den sie am Abend zuvor zu sich genommen hat. Ihre Äußerung enthält dabei Satzabbrüche, eine Satzverschränkung und Wortwiederholungen, die starke Unsicherheit der Patientin anzeigen. Im weiteren Gespräch stellt sich dann heraus, dass die Patientin ihre Dauermedikation gegen den hohen Blutdruck wegen einer Erkältung abgesetzt hat. Dies konstatiert der Arzt (Z. 58) und ermahnt die Patientin dezidiert (Z. 60), woraufhin die Patientin eine ausführliche Begründung liefert:

#10/2_IA_01 (01:12–01:34)

- 53 A: nehmen_se die denn jeden t[ag]
 54 P: [ja ja]

- 55 P: °h nur jetzt wo ich (halt natürlich au mal) für erkäldung
 56 was einnehme da hab ich das immer wech gelassen [also]
 57 A: [aha]
 58 deswegen das scheint mir nämlich auch so ne
 59 P: ja ich durfte [in der klinik]
 60 A: [das] dürfen_se nich machen
 61 P: (0.3) <<all>[ich bin doch da umgefallen] damals gell
 62 A: [sie müssen die weiter nehmen]
 63 P: da hatt ich doch auch eingenommen und dann hatt
 64 ich ne erkältungstablette eingenommen da bin
 65 ich doch ohnmächtig geworden> (0.6)
 66 und dadurch hab ich angst dann nehm ich wenn ich des
 67 einnehme nehm ich des net ein

Das gesteigerte Sprechtempo und die Diskursmarker *da* (Z. 63/64) und *dann* (Z. 63/66) sind Indikatoren für das Bedürfnis einer raschen Abfolge von Gründen (*ohnmächtig*, Z. 65; *angst*, Z. 66), die sie vor Vorwürfen des Arztes schützen sollen. Durch die dreimalige Wiederholung der Partnerwissen unterstellenden Partikel *doch*¹⁸ (Z. 61/63/65), sowie der *tag question*: *gell* (Z. 63) weist sie den Arzt darauf hin, dass er diesen Umstand als ihr Hausarzt mitbekommen haben sollte. Die Patientin befindet sich in einem Dilemma, denn einerseits möchte sie die Richtigkeit für ihr eigenständiges Handeln ersichtlich machen (vgl. Kohler, 1988: 9), andererseits verstößt sie dadurch gegen das Rollenverhältnis, in dem sich Arzt und Patient befinden: Der Arzt als Experte hat die Befähigung und das Wissen, die richtigen Medikamente zu verordnen. Die Patientin muss also, auch da sie sich in der Rolle der Bittstellerin befindet, auf das Urteil des Arztes vertrauen.

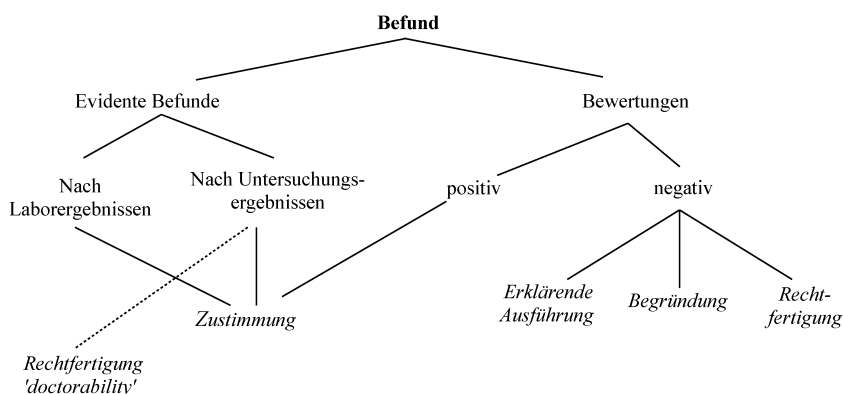


Schaubild 3. *Befunde*.

Negative Bewertungen können erklärende Ausführungen hervorrufen, die dem Arzt auf dem Weg zu einer Diagnose behilflich sein können oder auch Begründungen, die negative Bewertungen erklären. Dies kann sich auch zu Rechtfertigungen steigern, wenn Vorwürfe oder Fragen des Arztes den Patienten in Zugzwang und Erklärungsnot bringen.

Befundmitteilungen lassen sich in zwei verschiedene Kategorien, und zwar der evidenten Befunde und der Bewertungen des Arztes, untergliedern. Patientenreaktionen darauf sind häufig ausführlicher, als bei anderen prädiagnostischen Mitteilungen, insbesondere, wenn sie auf tatsächliche oder vermeintliche Imageverletzungen reagieren.

5.5 Ausschlussdiagnosen

Ausschlussdiagnosen können, wie bereits angesprochen, in sichere und unsichere Ausschlussdiagnosen unterteilt werden. Sie sind in unserem Korpus in etwa gleich verteilt.

5.5.1 Sichere Ausschlussdiagnosen

Sichere Ausschlussdiagnosen werden insgesamt 13 Mal in 10 Gesprächen gestellt, in neun Fällen davon von biomedizinisch orientierten Ärzten. Solche Ausschlüsse werden von den Patienten umstandslos ratifiziert. Dies geschieht zumeist entweder minimal oder durch eine kommentierende, kurze Aussage:

#11_UR_10 (00:03–00:12)

- 01 A: °h so frau müller sie haben gestern nomal
 03 den urin abschließend abgegeben
 04 °h der war (.) vollkommen (0.31) in (0.52)
 05 ordnung jetzt also keine entzündungsreaktion mehr nachzu-
 [weisen]
 06 P: [ja]

Der Urologe empfängt die Patientin zur Befundmitteilung und teilt ihr, ausgehend von den Laborwerten, den Ausschluss einer Entzündung mit. Die Patientin reagiert nur minimal mit *ja* (Z. 06). Das Gespräch wird nach der Mitteilung über die weitere Therapiemaßnahme (keine) auch beendet.

Sichere Ausschlussdiagnosen werden in unserem Korpus als gegeben hingenommen und auch so behandelt.

5.5.2 Unsichere Ausschlussdiagnosen

Unsichere Ausschlussdiagnosen werden vermehrt vom Arzt produziert, wenn im Vorfeld eine Eigendiagnose des Patienten stattgefunden hat. Als Eigendiagnosen bezeichnen wir diejenigen Aussagen der Patienten, die während der Anamnese geäußert werden und seine eigene Erklärung für die Krankheit oder selbst schon eine Diagnose enthalten. Nachstehende Grafik verdeutlicht die Verteilung:

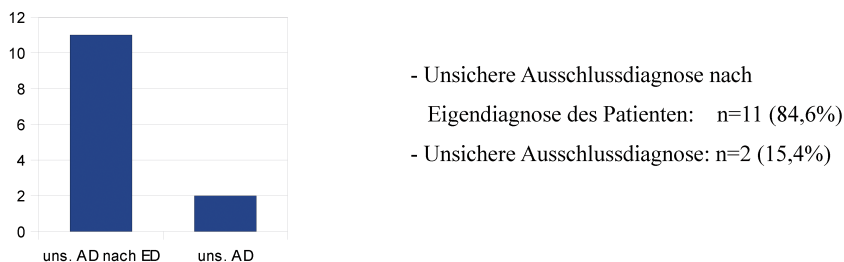


Abbildung 8. Verteilung der unsicheren Ausschlussdiagnosen.

Der Verlauf und die Reaktionen auf eine Ausschlussdiagnose nach einer Eigendiagnose gestalten sich relativ gleich: Die Patienten nehmen die Ausschlussdiagnose nach Rückfragen zur Kenntnis und nehmen diese auch an. Zudem folgt in den meisten Fällen eine entschuldigende Geste oder Erklärung für die eigenmächtig gestellte Eigendiagnose. In den beiden nachfolgend diskutierten Gesprächsausschnitten stellen die Patienten Eigendiagnosen, die jedoch vom Arzt ausgeschlossen werden können.

Die erste Patientin sucht ihren Hausarzt auf und klagt, dass sie seit einiger Zeit Beschwerden im Ohr und Probleme habe. Außerdem äußert sie Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit mit anderen Kolleginnen, und es fällt ihr schwer, sich zu konzentrieren. Das Transkript setzt mit einer Eigendiagnose der Patientin ein:

#12/1_AA_01 (05:30–05:36)

- 289 P: un jetzt is es ir[gendwo de]nk ich
 290 A: [m_hm]
 291 P: ähm (.) also vielleicht is es wirklich was mi_m kreislauf ne
 292 (0.44) also des is eigentlich so meine erklärüng

Die Patientin hat für ihre vorgebrachten Beschwerden die *erklärüng* (Z. 292), dass es *wirklich was mi_m kreislauf* (Z. 291) zu tun haben

könnte. Der Heckenausdruck *irgendwo* (Z. 289), das Unsicherheitsadverb *vielleicht* (Z. 291) sowie der *question tag*: *ne* (Z. 291) am Ende der Ausführung indizieren Unsicherheit. Dies deutet auch darauf hin, dass die Patientin die Rollenverteilung wahrte. Zudem ist dies auch ein Weg, den Besuch beim Arzt zu erklären oder eine definitive Diagnose zu erhalten. Daraufhin stellt der Arzt seine vorläufige Diagnose:

#12/2_AA_01 (05:48–06:00)

- 294 A: für mich hört sich das so wie so_ne stresssymptomatik an
wie so_n
295 (0.8)
296 P: m_[hm]
297 A: [ich hab_s] selber mal erlebt (0.3) ne vor_m examen (.)
298 A: [so_n zu]stand
299 P: [m_hm] ja
300 (0.6) °h ja des (.) [des hab ich]
301 A: [ja]
302 P: mir halt auch gedacht aber ich frag mich dann
303 ja wo ist dann hier der stress ne

Hier findet sich ein weiteres Beispiel für eine postdiagnostische Eigendiagnose (vgl. Abschnitt 5.2), die nicht konform mit der ursprünglichen Aussage ist. Der Arzt formuliert eine vorläufige Diagnose und nimmt an, dass es sich um eine *stresssymptomatik* (Z. 294) handeln könnte und präsentiert ein persönliches Beispiel aus seiner eigenen Vergangenheit (Z. 297 f.). Sie ratifiziert diese Aussagen minimal und produziert ihre, von der früheren Eigendiagnose abweichende, postdiagnostische Eigendiagnose, indem sie der vorläufigen Diagnose des Arztes zustimmt und sagt, dass sie sich das *halt auch gedacht* (Z. 302) habe. In der nachfolgenden Äußerungseinheit widerspricht sie sich jedoch erneut, indem sie mit *ich frag mich dann* (Z. 302) die vorläufige Diagnose und somit ihre eigene postdiagnostische Mitteilung wieder in Frage stellt. Im weiteren Verlauf des Gesprächs stellt der Arzt dann eine unsichere Ausschlussdiagnose:

#12/3_AA_01 (06:55–07:11)

- 362 A: °h hm ich bin jetzt auf diese äh ka chaostheorie
363 kreislauf deswegen so wenig einge[gangen] weil
364 P: [m_hm]
365 (0.8)
366 A: äh (1.6) weil es nich typisch ist für
367 kreislauf[besch]wer[den]
368 P: [ah ja] [m_hm]

- 369 A: kreislaufbeschwerden sin eher so
 370 (2.9) schwarz werden vor augen schwin[del]
 371 P: m_hm [m_hm]

Der Arzt begründet, warum er auf diese *chaostheorie kreislauf* (Z. 362 f.) so wenig eingegangen ist, indem er ihre Symptome mit denen von Kreislaufbeschwerden vergleicht. Seine folgende Ausschlussdiagnose begründet er damit, dass ihre Symptome *nich typisch* (Z. 366) für Kreislaufbeschwerden sind und nennt daraufhin typische Symptome (Z. 370). Die Patientin reagiert auf diese Erklärungen für eine Ausschlussdiagnose zwar nur minimal, jedoch lässt sich aus den reduplizierten Interjektionen *m_hm* (Z. 364/368/371), sowie dem Diskursmarker *ah ja* (Z. 368) noch weiteres ablesen: Die erste produzierte Interjektion *m_hm* (364) kann als *continuer* interpretiert werden und zeigt dem Arzt an, dass er weitersprechen und eine Erklärung für seinen Ausschluss liefern soll. Nachdem er das in Zeile 366 getan hat, zeigt sie durch die Diskurspartikel *ah ja* an, dass diese Ausführung eine Neuigkeit¹⁹ für sie ist und bestätigt im nächsten Schritt seine Aussage mit einem zweiten *m_hm* (Z. 368). Der Arzt führt dann aus, welche Symptome *eher* (Z. 369) für solch eine Diagnose in Frage kommen würden. Mangelnde Typizität und die Verwendung des Modaladverbs *eher* weisen darauf hin, dass es sich um eine unsichere, nicht bewiesene Ausschlussdiagnose handelt. Die Reaktion der Patientin erfolgt simultan zu den Ausführungen des Arztes. Sie produziert zweimal hintereinander ein bestätigendes *m_hm [...]* *m_hm* (Z. 371) und zeigt somit ihr Einverständnis mit der Ausschlussdiagnose des Arztes an.

Nach einer ausführlichen Untersuchung der Ohren und nach Messen des Blutdrucks kehrt der Arzt zu seiner anfangs gestellten vorläufigen Diagnose zurück und formuliert die These, dass die Patientin zurzeit einfach niemanden hören kann (und will). Daraufhin produziert sie erneut eine Eigendiagnose, diesmal in Hinblick auf einen möglichen Hörsturz, den sie allerdings selbst ausschließt. Auch der Arzt schließt diese Diagnose als *unwahrscheinlich* aus, was die Patientin bestätigt und mit ihrer anschließenden Erklärung bzw. Rechtfertigung, sie habe sich auch *immer gegen gewehrt*, stützt. Dabei deutet sie implizit auch an, dass ihr eine physische Krankheit lieber gewesen wäre als eine, die mit ihrer Psyche in Zusammenhang steht²⁰. Durch ihr Eingestehen der vom Arzt vorläufig diagnostizierten Stresssymptomatik nimmt sie jedenfalls Abstand von ihren Eigendiagnosen und entschuldigt sich auf subtile Weise dafür.

Im zweiten Gespräch produziert der Patient die Eigendiagnose „Warze“. Auch diese wird zurückgewiesen und ausgeschlossen.

#13/1_AA_16 (03:27–04:05)

- 178 P: am anfang hab ich gedacht °h es wär ne schwiele
 179 vom [vielen] lenken und so
 180 A: [ja]
 (...)
 201 A: also des !IS! für mich ne schwiele
 202 dis_is vermehrte hornhautbildung
 203 (0.24) oberflächlich (.) ohne °hh hier ohne so ne
 204 (.) lokale warzenbildung (.) des is mehr flächenhaft hier
 205 P: ja aber wieso kommt die da
 206 ich meine was macht die da mit der rechten
 207 hand mach ich ja (nix/nichts)

Durch die Formulierung *am anfang* (Z. 178) wird klar, dass er die ursprüngliche Eigendiagnose *schwiele* zum Zeitpunkt des Arztbesuches bereits verworfen hat und das Krankheitsbild „Warze“ die aktuelle Eigendiagnose darstellt. Der Arzt formuliert seine vorläufige Diagnose, indem er, eingeleitet durch *also* (Z. 201) schlussfolgert, dass es für ihn eine Schwiele *!IS!* (Z. 201). Das stark betonte Existenzprädikat zeigt an, dass der Arzt die Vermutung, die der Patient wieder ausgeschlossen hat, für die richtige Bestimmung hält. Er geht dazu über, zu erklären, was er sieht und schließt eine Warze aus: *ohne so ne (.) lokale warzenbildung* (Z. 203 f.). Die Reaktion des Patienten gestaltet sich widersprüchlich. Er reagiert zuerst mit einer Frage, die er mit *ja aber* (Z. 205) einleitet. Dies kündigt einerseits eine einschränkende und widersprechende Einschätzung an, wirkt andererseits aber auch gesichtsschonender als eine deutlich widersprechende Meinung (vgl. Schwitalla, 2006). Er fragt wiederholt, warum die Warze aufgetaucht ist und woher *die da* (Z. 205 f.) komme. Er behauptet, *mit der rechten hand* (Z. 206 f.) nichts zu machen, was seiner früheren Aussage, dass eine Schwiele vom vielen Lenken kommen könnte, widerspricht. Im weiteren Gesprächsverlauf erklärt ihm der Arzt, wie eine Schwiele entsteht und worin sie sich von einer Warze unterscheidet. Daraufhin setzt der Patient mit einer Rechtfertigung ein, die in Einsicht mündet, indem er explizit die Problematik von Eigendiagnosen anspricht:

#13/2_AA_16 (04:31–04:40)

- 244 P: also ich dachte [mal]
 245 A: [m_hm]
 246 P: dass man_s vielleicht (0.53) wenn es
 247 äh °h für mich sah_s dann halt

- 248 ich dachte einfach nur es !MUSS! ne warze sein äh
 249 ich weiß (.) selbstdiagnosen [(...)]
 250 A: [ja]

Der Turn des Patienten ist signifikant gekennzeichnet durch Wortabbrüche, Pausen, Anakoluthen, gefüllte Pausen sowie Modalpartikeln (*mal*; *halt*) und mündet auch in unvollständigen Konklusionen. Dreimal beginnt er eine neue Satzkonstruktion mit subjektivierenden Verben (*ich dachte*, Z. 244/248, *für mich sah_s*, Z. 247), die letztendlich in der (unbegründeten) Schlussfolgerung münden, dass es seines Erachtens nach eine Warze gewesen sein !MUSS! (Z. 248). Die abschließende starke Betonung des Modalverbs bildet eine Begründung für die vorangehenden Anakoluthen: Der Patient ist nicht in der Lage, einen unwiderlegbaren Grund für seine Eigendiagnose zu nennen, weshalb er nur zu dem unausgereiften Schluss gelangen kann, dass allein eine Warze als logische Konsequenz seiner Beobachtungen in Frage kommt. Dadurch demonstriert der Patient dem Arzt, dass ihm seine geäußerten Vermutungen Unbehagen bereiten. Diese Erklärungsversuche sowie die stockende Formulierungsweise deuten auch hier wieder auf eine Art Entschuldigung für die Eigendiagnose hin. Dieser Patient geht in seiner Exkulpation allerdings noch einen Schritt weiter, indem er mit *ich weiß (.) selbstdiagnosen* (Z. 249) erkennt und ausspricht, dass er mit dem Stellen seiner Eigendiagnose falsch lag und gesteht sich und dem Arzt seine „Schuld“ ein. Diese Schuld besteht darin, eigenständig Diagnosen zu stellen und dem Arzt zudem vehement bei seiner qualifizierten Diagnosestellung zu widersprechen. Mittels Selbstanklage sucht er so, einer Rüge oder Anklage des Arztes vorzubeugen. Auch hier wird die Wahrung der Rollenverhältnisse zwischen Arzt und Patient deutlich.

Beide Gesprächsausschnitte bilden ein nahezu identisches Muster und eine analoge Systematik der Folgen von Eigendiagnosen: Unsichere Ausschlussdiagnosen werden in den meisten Fällen nach Eigendiagnosen von Patienten produziert, woraus – ganz pragmatisch – geschlussfolgert werden kann, dass viele Eigendiagnosen faktisch betrachtet falsch sind. Das Spektrum von Reaktionen auf die vom Arzt gestellten Ausschlussdiagnosen reicht von Frage und Infragestellen, über Zustimmung, bis hin zu Entschuldigung und demütiger Einsicht. Beim Thema Eigendiagnosen wird das Rollenverhältnis und die damit einhergehende Asymmetrie zwischen Arzt und Patient deutlich ersichtlich. Das Rollenverhältnis wird, trotz anfänglichem Widerspruch, gewahrt und der Patient zeigt an, dass er sich für die kurzfristige Rollen usurpation entschuldigt.

Die Systematik im Überblick:

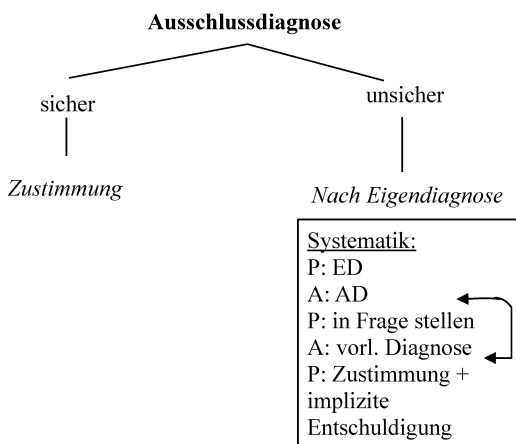


Schaubild 4. Ausschlussdiagnosen.

6. Diskussion

Prädiagnostische Mitteilungen sind wichtige Bestandteile des ärztlichen Hypothesenbildungsprozesses in der Beschwerdenexploration. Sie enthalten vorläufige Bestimmungen diagnostischer Aspekte wie vorläufige Diagnosen, Ursachenzusammenhänge, Befunde oder Ausschlussdiagnosen, die zur endgültigen Diagnose gebündelt werden sollen. Prädiagnostische Mitteilungen nehmen dabei eine Funktion als lokale Abschluss- und Ausgangspunkte ein, mit denen die Komplexität des diagnostischen Prozesses auf die sequenzierte Ausarbeitung einzelner Diagnostika herunter gebrochen werden kann. Prädiagnostische Mitteilungen sind damit Stationen im ärztlichen Verstehensprozess und als interaktive Dokumentation dieses Verstehens ein Beitrag zur intersubjektivierung des Geschehens.

Die Äußerung prädiagnostischer Mitteilungen im Rahmen der Beschwerdenexploration ist dabei zugleich Ausdruck der ärztlichen epistemischen Autorität, die das professionelle Territorium des Arztes mitdefiniert. Entsprechend zurückhaltend sind die, meist minimal-ratifikativen und -zustimmenden, Reaktionen von Patienten. Patienten achten sehr genau auf die Wahrung der Rollenbeziehung und konstituieren sie auch in kritischen Situationen mit. Interaktive Asymmetrie drückt sich damit also in der Realisierung interaktionstypspezifischer Handlungen und deren Sequenzierung aus.

Kritische Momente im Kontext prädiagnostischer Mitteilungen entstehen im ärztlichen Gespräch – neben reinen Verstehensproblemen – ins-

besondere in zwei Zusammenhängen: wenn die Behandlungsnotwendigkeit des Patienten problematisiert wird (die *doctorability*) und wenn das Image von Arzt und/oder Patient gefährdet scheint. In diesen Fällen kommt es im Anschluss an prädiagnostische Mitteilungen systematisch zu elaborierteren Reaktionen von Patienten: Sie erläutern dann das Krankheitsgeschehen in größeren Zusammenhängen, sie erklären, begründen und rechtfertigen vorangegangene Darstellungen oder sie entschuldigen gar ihr von ihnen selbst als unangemessen wahrgenommenes Verhalten. Auch innere Widersprüchlichkeit ihrer Darstellungen erweist sich dann oft als Mittel zur Image- und Autoritätswahrung.

Nicht nur der unmittelbare sequenzielle Kontext konstituiert dabei immer die Realisierung prädiagnostischer Mitteilungen und die Art der Patientenreaktion. Insbesondere Ausschlussdiagnosen sind oft selbst eine Reaktion des Arztes auf Eigendiagnosen der Patienten. Patienten nehmen jedoch ihre Eigendiagnosen selbst als Eingriff in ärztliche Interaktionsrechte und epistemische Autoritätsbereiche wahr – dementsprechend folgt auch in den meisten Fällen eine entschuldigende Geste oder Erklärung für die eigenmächtig gestellte Eigendiagnose. Prädiagnostische Mitteilungen organisieren so nicht nur den Verstehensprozess der Gesprächspartner mit, sondern konstituieren und wahren auch deren Rollenverhältnisse.

Anmerkungen

1. Zum ethnomethodologischen Konzept des *account* siehe Garfinkel, 1967.
2. Zum Konzept der epistemischen Autorität siehe Heritage/Raymond, 2005.
3. Die Sequenz selbst wird qua Ankündigung diagnostischer Information (Schritt 1) und der Patientenreaktion (Schritt 2) eingeleitet und mit einer Bewertung (Schritt 4) abgeschlossen (Maynard 2003: 95).
4. Gemeint sind Gespräche in der Tiermedizin, in denen
 - der Arzt den ‚Patienten‘ nicht ansprechen kann,
 - der Klient für Behandlungskosten aufkommt,
 - allein der Klient über Leben und Tod des ‚Patienten‘ entscheidet.
5. Stivers 1998 und Heritage/Stivers 1999 sprechen von *commentaries*. Wir wählen für unsere Arbeit den Ausdruck „Mitteilung“, weil er nicht zwingend eine unmittelbar interaktive Bezugnahme impliziert.
6. Informationen zum Forschungsprojekt unter <http://www.ids-mannheim.de/prag/verstehen/>. Siehe auch Deppermann 2008, Deppermann et al. 2010.
7. Die folgenden Ausschnitte entstammen dem Gespräch AA_BI_03. Aus Platzgründen werden hier nur die relevanten Ausschnitte zitiert, der ganze Ausschnitt findet sich in Spranz-Fogasy/Lindtner 2009. Die Transkription erfolgt nach den Konventionen des Minimaltranskripts von GAT2 (Selting et al. 2009). Gelegentliche Erweiterungen i.S. der Konventionen des Basis- und Feintranskripts werden im Anhang erläutert.
8. Die eher allgemeinverständliche Formulierung *weichteilinfekt* ersetzt sie später im Gespräch durch den medizinischen Terminus *katzenkratzkrankheit*, eine Erkrankung mit möglichen schweren neurologischen Folgeschäden.

9. Das heißt aber nicht, dass die Ärztin alles äußert, was ihr in diagnostischer Hinsicht auffällt. Insbesondere bei der Vermutung schwerwiegender Diagnosen halten sich Ärzte mit prädiagnostischen Mitteilungen zurück (s. Spranz-Fogasy i.V.a).
10. Ausführlichere Darstellungen finden sich in Spranz-Fogasy i.V.a und i.V.b.
11. Die beiden Fälle werden diskutiert in Spranz-Fogasy i.V.a.
12. Siehe dazu Ehlich/Rehbein 1977.
13. Als postdiagnostische Eigendiagnosen bezeichnen wir hier diejenigen Antworten, die Peräkylä (2002) als *straight agreement* kategorisiert, also in der Form: *ja (.) das hatte ich mir auch schon gedacht*. Ausführlicher gehen wir in Kapitel 5.2 darauf ein.
14. Siehe dazu Heritage/Robinson 2006.
15. Zum Konzept des Image im Überblick Holly 2001.
16. Zu den interaktiven Funktionen solcher ‚extreme case formulations‘ siehe Pomerantz. 1986.
17. ‚Zu‘ kennzeichnet ein Maß, das nicht mehr angemessen oder akzeptabel scheint. Vgl. Duden Bedeutungswörterbuch 2010⁸: S. 1079.
18. Vgl. zu dieser Funktion von Modalpartikeln Deppermann 2009.
19. Zu solchen *change-of-state tokens* siehe Heritage 1984.
20. Die Tendenz von Patienten, sich in allgemeinmedizinischen Untersuchungen einer psychosomatischen Erklärung zu entziehen, erläutert Spranz-Fogasy (2010) im Zusammenhang mit Patientenantworten auf ärztliche Fragen.

Literaturverzeichnis

- Beach, Wayne A. 2001. Lay diagnosis: Special Issue in honour to The late Robert Hopper. In: Text, 21 (1/2).
- Boyd, Elizabeth/Heritage, John. 2006. Taking the history: questioning during comprehensive history-taking. In: Heritage, John/Maynard, Douglas W. (Hrsg.): *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: Cambridge University Press, 151–184.
- Byrne, Patrick S./Long, Barrie E. L. 1976. *Doctors talking to patients: A Study of the Verbal Behaviour of General Practitioners Consulting in their Surgeries*. London: HSMO, Royal College of General Practitioners.
- Duden Bedeutungswörterbuch (2010s).
- Deppermann, Arnulf. 2008. Verstehen im Gespräch. In: Kämper, Heidrun/Eichinger, Ludwig M. (Hrsg.). *Sprache – Kognition – Kultur. Sprache zwischen mentaler Struktur und kultureller Prägung. Jahrbuch 2007 des Instituts für Deutsche Sprache*. Berlin/New York: de Gruyter, 225–261.
- Deppermann, Arnulf. 2009. Verstehensdefizit als Antwortverpflichtung: Interaktionale Eigenschaften der Modalpartikel denn in Fragen. In: Günthner, Susanne/Bücker, Jörg (Hrsg.). *Grammatik im Gespräch: Konstruktionen der Selbst- und Fremddispositionierung*. (= Linguistik – Impulse und Tendenzen 33). Berlin/New York: de Gruyter, 23–56.
- Deppermann, Arnulf/Reitemeier, Ulrich/Schmitt, Reinhold/Spranz-Fogasy, Thomas. 2010. *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Tübingen: Narr.
- Ehlich, Konrad/Rehbein, Jochen 1977. Batterien sprachlicher Handlungen. In: *Journal of pragmatics*, 1, 393–405.
- Ehlich, Konrad/Rehbein, Jochen 1986. *Muster und Institution. Untersuchungen zur schulischen Kommunikation*. Tübingen: Narr.
- Garfinkel, Harold 1967. *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs. N.J.: Prentice Hall.

- Gill, Virginia T. 1998. Doing attributions in medical interaction: patients' explanations for illness and doctors' responses. In: *Social Psychology Quarterly*, 61, 342–360.
- Goodwin, Marjorie Harness/Goodwin, Charles. 1986. Gesture and coparticipation in the activity of searching for a word. In: *Semiotica*, 62, 51–75.
- Heath, Christian. 1992. The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation. In: Drew, Paul/Heritage, John (Hrsg.): *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press, 235–267.
- Heritage, John. 1984. „A change-of-state token and aspects of its sequential placement“. In: Atkinson, Maxwell/Heritage, John (Hrsg.): *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 299–345.
- Heritage, John. 2007. Intersubjectivity and progressivity in references to persons (and places). In: Stivers, Tanya/Enfield, Nicholas J. (Hrsg.). *Person reference in interaction: Linguistic, cultural and social perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 255–280.
- Heritage, John/Raymond, Geoffrey. 2005. The terms of agreement: Indexing epistemic authority and subordination in assessment sequences. In: *Social Psychology Quarterly* 68, 15–38.
- Heritage, John/Robinson, Jeffrey D. 2006. Accounting for the visit: giving reasons for seeking medical help. In: *Studies in interactional sociolinguistics*, 20, 48–85.
- Heritage, John/Stivers, Tanya. 1999. Online Commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations. In: *Social Science & Medicine*, 49, 1501–1517.
- Holly, Werner. 2001. Beziehungsmanagement und Imagearbeit. In: Brinker, Klaus/Antos, Gerd/Heinemann, Wolfgang/Sager, Sven F. (Hrsg.). *Text- und Gesprächslinguistik. Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft*. Berlin/New York: de Gruyter, 1382–1393.
- Kallmeyer, Werner. 2005. Konversationsanalytische Beschreibung. In: Ammon, Ulrich/Dittmar, Norbert/Mattheier, Klaus J./Trudgill, Peter (Hrsg.). *Sociolinguistics/Soziolinguistik*. Berlin/New York: de Gruyter, 1212–1225.
- Kohler, Georg. 1988. *Handeln und Rechtfertigen. Untersuchungen zur Struktur der praktischen Rationalität*. Frankfurt a. M.: Athenäum.
- Maynard, Douglas W. 2003. *Bad News, Good News. Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Setting*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Meyer, Bernd. 2004. *Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung zur Wissensvermittlung im mehrsprachigen Krankenhaus*. Münster: Waxmann.
- Lalouschek, J. 2002. Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch (Neuaufgabe). In: Brünner Gisela/Fiehler Reinhard/Kindt Walther (Hrsg) 2002. *Angewandte Diskursforschung: Grundlagen und Beispiele*. Band 1. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung (free-download unter www.verlag-gespraechsforschung.de), 155–173.
- Peräkylä, Anssi. 1998. Authority and Accountability: The Delivery of Diagnosis in primary Health Care. In: *Social Psychology Quarterly*, 61 (4), 301–320.
- Peräkylä, Anssi. 2002. Agency and authority: Extended responses to Diagnostic Statements in Primary Care Encounters. In: *Research on Language and Social Interaction*, 35 (2), 219–247.
- Pomerantz, Anita. 1986. Extreme case formulations: A way of legitimizing claims. In: *Human Studies*, 9, 219–230.
- Pomerantz, Anita. 2002. How Patients Handle Lay Diagnosis during Medical Consultation. In: *Texas Linguistic Forum*, 45, 127–138.

- Selting, Margret et al. 2009. Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion, 10, 353–402.
- Schegloff, Emanuel. 1979. The relevance of repair for syntax-for-conversation. In: Givon, Talmy (Hrsg.). Syntax and semantics 12: Discourse and syntax. New York: Academic Press, 261–288.
- Schwitalla, Johannes. 2006. Gesprochenes Deutsch. Eine Einführung. 3., neu bearbeitete Auflage. Berlin: Erich Schmidt.
- Spranz-Fogasy, Thomas. 2005. Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.). Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 17–47.
- Spranz-Fogasy, Thomas. 2010. Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patienten-Gespräch. In: Deppermann/Reitemeier/Spranz-Fogasy. Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Tübingen: Narr, 27–116.
- Spranz-Fogasy, Thomas (i.V.a). Prädiagnostische Mitteilungen (Arbeitstitel).
- Spranz-Fogasy, Thomas (i.V.b). Prediagnostic statements – The phenomenology of an (underestimated) utterance type. In: Heidi E. Hamilton/Wen-ying Sylvia Chou (Hrsg.). Routledge Handbook of Language and Health Communication. London: Routledge.
- Spranz-Fogasy, Thomas/Lindtner, Heide. 2009. ham se n unfall gehabt? Fragen und Verstehen im Gespräch zwischen Arzt und Patient. In: Felder, Ekkehard/Müller, Marcus (Hrsg.). Wissen durch Sprache. Theorie, Praxis und Erkenntnisinteresse des Forschungsnetzwerks ‚Sprache und Wissen‘. Berlin/New York: de Gruyter, 141–170.
- Stivers, Tanya. 1998. Prediagnostic Commentary in Veterinarian-Client Interaction. In: Research on Language and Social Interaction, 31 (2), 241–277.
- Stivers, Tanya/Robinson, Jeffrey. 2006. A preference for progressivity in interaction. In: Language in Society, 35, 367–392.

Anhang

GAT 2:

<http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf> (Stand: 14. 02. 2012)

Zweimal wurde die Notation um spezifische Angaben aus der Feintranskription ergänzt:

<<all> >	allegro, schnell
ak!ZENT!	extra starker Akzent

Anschrift der Verfasser:

Marta Schöffler
 Prof. Dr. Thomas Spranz-Fogasy
 Institut für Deutsche Sprache
 PF 10 16 21 Mannheim
 D-68016 Mannheim
 E-Mail: spranz@ids-mannheim.de
martaschoeffler@gmail.com